



HOSPITAL CUENCA ALTA NESTOR KIRCHNER SAMIC

Ruta Provincial Nº 6, cruce con la Ruta 205, Cañuelas,
Provincia de Buenos Aires;

C.U.I.T.: 30-71508015-6 IVA: Exento

compras@hospitalcuencaalta.org.ar

PEDIDO DE COTIZACIÓN LICITACION PUBLICA

Número **093** Año **2025**

Ejercicio 2025

Ref./ Adquisición de Insumos Varios Servicio de Anatomía Patológica de este
Hospital de Cuenca Alta Néstor Kirchner S.A.M.I.C

Pedido de Provisión: 169-2025 Fecha 05/11/2025

FECHA DE APERTURA: MIERCOLES 03 DE DICIEMBRE DE 2025 – 11:00 HS.

EN LA SEDE DE LA OFICINA DE COMPRAS Y CONTRATACIONES DEL HOSPITAL CUENCA ALTA SAMIC

VALOR DEL PLIEGO \$ 30.000,00

SEÑOR PROVEEDOR: Solicitamos a Usted cotizar los siguientes requerimientos, respetando el orden de los renglones/items con sello y firma de la Empresa. El precio deberá ser expresado en PESOS e incluir IVA, revistiendo el "Hospital de Cuenca Alta Néstor Kirchner" Servicio de Atención Médica Integral para la Comunidad SAMIC, el carácter de Exento.

INSUMOS SERVICIO ANATOMÍA PATOLÓGICA

| RG | REFERENCIA | CANTIDAD | MARCA COTIZADA | PRECIO UNITARIO | PRECIO TOTAL |
|----|---|----------|----------------|-----------------|--------------|
| 1 | ALCOHOL ETILICO ABSOLUTO 100° ENVASE POR LITRO | 150 | | | |
| 2 | PARAFINA POR KILO UNIDAD | 150 | | | |
| 3 | XIOL SOLUCION ENVASE POR LITRO | 180 | | | |
| 4 | HEMATOXICILINA ACTIVADA PARA HISTOPATOLOGIA SOLUCION ENVASE POR LITRO | 13 | | | |
| 5 | EOSINA ACUOSA SOLUCION ENVASE POR LITRO | 13 | | | |
| 6 | AZUL DE TOLUIDINA 1 % SOLUCION ENVASE X 100 ML | 6 | | | |
| 7 | CASSETTE DE BIOPSIA DESCARTABLE CON TAPA UNIDAD | 6000 | | | |
| 8 | NAVAJA DESCARTABLE PARA MICROTOMO A35 UNIDAD | 1800 | | | |
| 9 | REPELENTE DE PARAFINA PARA MICROTOMO AEROSOL ENVASE POR 100 ML | 6 | | | |
| 10 | CAJA DE CARTON HASTA 400 TACOS UNIDAD | 30 | | | |
| 11 | CAJA DE CARTON HASTA 1760 VIDRIOS UNIDAD | 30 | | | |
| 12 | FORMALDEHIDO 10% BUFFER SOLUCION LISTA PARA USAR ENVASE POR LITRO | 700 | | | |

| | | | | | |
|-------------------------------|---|------|--|--|--|
| 13 | CUBREOBJETOS 24 X 50 X 100 UNIDAD | 8000 | | | |
| 14 | CUBREOBJETOS 24 X 60 X 100 UNIDAD | 8000 | | | |
| 15 | ACIDO ACETICO GLACIAL SOLUCION ENVASE POR 1 LITRO | 1 | | | |
| 16 | SOLUCION AMONIACO AL 26% UNIDAD | 2 | | | |
| 17 | COLORANTE ORANGE G SOLUCION ENVASE POR LITRO | 6 | | | |
| 18 | DECALCIFICANTE USO HISTOLOGICO SOLUCION ENVASE POR UN LITRO | 3 | | | |
| 19 | LAPIZ PUNTA DIAMANTE UNIDAD | 6 | | | |
| TOTAL EN LETRAS: _____ | | | | | |

ACEPTACIÓN DE CONDICIONES: La presentación de ofertas implica el conocimiento y aceptación del Pliego de Bases y Condiciones Generales con el sometimiento a todas sus disposiciones, así como también a las del Reglamento de Contrataciones del Hospital sito en www.hospitalcuencaalta.org.ar

Además, la presentación de Oferta implicara la DECLARACIÓN POR PARTE DEL OFERENTE QUE EL MISMO NO HA SIDO DEMANDADO POR LA NACIÓN Y/O LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES O SUS ENTIDADES DESCENTRALIZADAS POR CAUSAS FISCALES O CONTRACTUALES, y de QUE LA FIRMA NO UTILIZA NI UTILIZARÁ MANO DE OBRA INFANTIL EN ninguno de los segmentos de sus procesos de conformidad con las normas legales vigentes.

CONDICIONES DE CONTRATACIÓN: Conforme Pliego de Condiciones Particulares de la Licitación Publica 093/2025.

OBTENCION DEL PLIEGO DE CONDICIONES PARTICULARES.- Los Interesados deberán obtener el Pliego de Bases y Condiciones en la Oficina de Compras y Contrataciones del Hospital, con anterioridad al Acto de Apertura de Ofertas, previa acreditación del depósito de la suma establecida de **Pesos Treinta Mil (\$30.000,00)** en la cuenta corriente institucional del Banco de la Nación Argentina N° 1800022504 Sucursal 1290, Avda. Libertad 698 de la Localidad de Cañuelas, Pcia. de Buenos Aires. La Obtención del Pliego podrá resultar previa acreditación del valor establecido de manera presencial en la referida Oficina de Compras y Contrataciones en la sede del HCANK.

FORMA DE COTIZAR. La presentación de ofertas podrá resultar por parte o por la totalidad de renglones. Las marcas que pudieran resultar referidas son al solo efecto de ejemplificar las cualidades del insumo solicitado.

PLAZO MANTENIMIENTO OFERTA. Los oferentes deberán mantener las ofertas por el plazo de 30 días hábiles contados a partir de la fecha del acto de apertura.

PLAZO Y LUGAR DE ENTREGA: la ENTREGA procederá A REQUERIMIENTO CON DISPONIBILIDAD INMEDIATA por el periodo comprendido desde la recepción de la Orden de Compra y por el plazo de 90 días corridos, en la sede del Hospital de Cuenca Alta SAMIC, sito en Ruta 6 en su cruce con Ruta 205, Cañuelas, Pcia. de Buenos Aires de lunes a viernes de 09:00 a 15:00 horas, previa coordinación de entrega con 48 horas de antelación con la Comisión de Recepción de este Hospital, al teléfono 011-5273-4700; comisionderecepcion@hospitalcuencaalta.org.ar Se podrán considerar propuestas con formas de entrega y plazos diferentes, las cuales quedarán a consideración de las autoridades del HCAS. Toda recepción de bienes y efectos debe realizarse obligatoriamente en días hábiles, entre las Ocho (8) y las DIECISEIS (16) horas, implicando falta grave el apartamiento de la presente prescripción y

responsabilidad del agente que incurra en la misma. No se permitirán entregas fuera de los referidos días y horarios establecidos a tal fin, salvo pedido expreso del proveedor y consecuente autorización por parte de las autoridades del HCANK.

FORMA DE FACTURACION Y CONDICION DE PAGO: la Facturación se deberá efectuar de acuerdo a Orden de Compra y según INSUMOS requeridos y entregados. El pago se efectuará con anterioridad a los 30 (treinta) días desde la fecha de presentación de factura. El plazo comenzará a contarse a partir del día siguiente a la presentación de la factura. El término fijado se interrumpirá si existieran observaciones sobre la documentación pertinente u otros trámites a cumplir imputables al proveedor. **Se podrán considerar propuestas formas de pago diferentes, las cuales quedarán a consideración de las autoridades del HCAS.**

FACTURA DE ACUERDO A LA ORDEN DE COMPRA.

EL ESTABLECIMIENTO NO SE HARA CARGO DE GASTOS EXCEPCIONALES.

NOTA: EL presente Pedido de Provisión deberá resultar suscrito por parte del representante societario con facultades suficientes a tal fin en carácter de declaración jurada.

| | |
|--------------------------|--|
| FIRMA | |
| NOMBRE Y APELLIDO | |
| CARGO | |
| Nº D.N.I. | |
| LUGAR Y FECHA | |